

INSTITUT de FORMATION en ERGOTHERAPIE
UNIVERSITE PARIS XII VAL-DE-MARNE
61 avenue du Général de Gaulle
94010 CRETEIL CEDEX

Le « JE » PING, [TU] PONG
Médiation à la relation à travers une étude de
cas en psychiatrie.

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

BOUTTIER Thibaut
Juin 2002

<i>Le « JE » PING, [TU] PONG</i>	<i>1</i>
<i>Médiation à al relation à travers une étude de cas en psychiatrie.</i>	<i>1</i>
INTRODUCTION	1
I Etude de cas	2
I.1 Présentation de JC	2
I.2 Histoire de sa maladie	3
I.3 Histoire de JC	4
I.4 Diagnostic psychiatrique	7
I.5 Etablissement de la relation en ergothérapie	8
II L'activité ping-pong en tant qu'ergon thérapeutique	10
II.1 Début du jeu thérapeutique	10
II.2 Notions par rapport au sport et au corps	13
II.3 Le « JE » qui se joue au ping-pong	15
III Evolution de JC	18
III.1 Evolution relationnelle	18
III.2 Essai d'évolution du cadre de prise en charge	18
III.3 Répercussion dans l'atelier	19
III.4 Projet de vie pour JC	20
III.5 Remise en question par rapport à la prise en charge	21
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	23
ANNEXES	I
IV Annexe I : Rappel théorique sur la schizophrénie	II
V Annexe II : Enjeux de l'activité à médiation sportive	III
VI Annexe III : Représentation du corps	V
VII Annexe IV : Rapport du corps à l'autre	VI
VIII Annexe V : Approche technique du ping-pong	VII

INTRODUCTION

Dans beaucoup de pathologies psychiques que nous sommes amenés à rencontrer en milieu psychiatrique, les patients expriment inconsciemment leurs maux ou leur vécu émotionnel par leur corps. L'individu ne pouvant généralement pas verbaliser cette souffrance psychique, se montre alors incapable d'agir, que ce soit dans la relation et donc par l'expression ou dans l'activité et donc par la création. N'existant plus comme individu dans son unité psychique et corporelle, j'ai eu l'idée d'entraîner un patient présentant ces difficultés, dans une prise en charge ayant pour but de lui faire redécouvrir son corps et la sensation d'exister. Selon WINNICOTT, *c'est de la non-existence que l'existence peut commencer*¹. En effet, du fait de ces troubles, la personnalité se retrouve mise en retrait, nous donnant l'impression de voir des patients paraître dans l'atelier, et non être.

En première partie, je vous présenterai donc JC, son histoire et l'établissement de la relation dans la prise en charge en ergothérapie. Ensuite, je développerai en seconde partie l'activité ping-pong, comme médiateur de la relation et activité structurante. Après avoir présenté le déroulement de la première séance et le cadre mis en place, je ferai un bref rappel par rapport aux notions de sport et du corps, pour enfin développer l'aspect symbolique même du ping-pong et du cadre. Puis, dans un dernier temps, je vous montrerai quelles auront été les conséquences sur ce patient par rapport à cette prise en charge, sur le plan relationnel et sur le plan de son expression créative en atelier.

Cette étude sera l'occasion de vous faire partager mon questionnement : comment la mise en mouvement du corps peut-elle entraîner la mise en activité de l'esprit et donc de la personne dans sa globalité ? Ou encore, comment l'agir peut-il sortir du repli sur elle-même, une personne dépressive, et lui redonner un élan vital perdu ?

¹ D.W. WINNICOTT, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Mayenne, Gallimard, trad. Française de 1975, préface.

I ETUDE DE CAS

I.1 Présentation de JC

JC est un jeune homme de 23 ans, célibataire et sans profession. Il se présente à l'hôpital vêtu de façon décontractée et assez adaptée pour son âge et son milieu social. JC semble assez soigné et propre sur lui avec un style qui reste identique de jour en jour. Une tenue simple et sobre, sans excentricité, ni négligence et assez stéréotypée. JC semble faire modérément attention à son apparence au niveau corporel.

JC est de façon générale très peu expressif, son inhibition relationnelle se retrouve au niveau psychomoteur. Sa tête est souvent baissée, le regard vers le bas. Son visage exprime toutefois une grande souffrance morale. Il semble vieilli, sombre, avec des traits tirés, des yeux vides et fixes. Ce manque d'expression facial apparaît aussi au niveau corporel avec une attitude monolytique : ses bras sont lourds, immobiles et serrés le long du corps, son dos est légèrement courbé avec les épaules en avant, comme rentrées à l'intérieur. Même sa démarche est lourde, sans aucune souplesse : JC traîne des pieds, sans amortir ses pas. Le moindre mouvement semble difficile, inhibé, retenu ou ralenti.

Le contact relationnel est assez difficile avec JC. Il est fuyant, même réticent à toute communication, les relations semblent vécues comme pénibles. Il parle peu surtout de façon spontanée, quel que soit son interlocuteur. Il répond aux questions avec lenteur, n'utilisant qu'un minimum de mots et toujours sur le même ton monocorde et étouffé. Il ne prend aucune initiative dans cette discussion, qu'il bloque automatiquement lorsque le sujet de sa souffrance morale est abordé. JC se refuse à expliquer ce qui le fait souffrir, à exprimer cette douleur morale, préférant se prendre la tête entre ses mains. Il nous fait comprendre par un signe qu'il lui est impossible de s'exprimer à ce sujet, de se confier. Ses propos sont entrecoupés de soupirs, de légers gémissements mêlés à des sourires étranges et une attitude bizarre. Ce n'est pas l'expression du plaisir ou d'une quelconque joie intérieure, mais plutôt l'expression d'un sentiment de pitié qu'il éprouve envers lui-même, envers son attitude, sa vie. Il nous donne l'impression de fuir « honteusement » la discussion et surtout le regard de l'autre, en se laissant tomber lourdement sur le lit, enfonçant la tête dans l'oreiller et se réfugiant dans sa **clinophilie**².

² Les termes en gras sont définis dans le glossaire.

I.2 Histoire de sa maladie

JC est arrivé le 29.12.01 en hospitalisation libre, après une tentative de suicide médicamenteuse à la période de Noël, qu'il explique au psychiatre, comme le besoin de mettre fin à un sentiment douloureux de solitude. Le contact est difficile, inhibé et fuyant. JC est **apragmatique**, avec une perte de l'élan vital importante, et très dévalorisé. De plus, il se dit « agoraphobe », ce qui semble être plus un moyen de défense pour expliquer ses difficultés à établir des relations (déplacement de l'origine de ses troubles). Il exprime toutefois une grande angoisse face au contact et au regard des autres qui semblent l'oppresser, le persécuter. Cette angoisse se retrouve dans son attitude face aux personnes de l'hôpital, avec lesquelles il n'a aucune relation franche. Il lui est impossible de s'exprimer sur sa souffrance morale et ses idées qui l'obsèdent. Celle du suicide notamment, le hante tous les jours. Il considère cet acte comme une solution de facilité qui mettrait fin à sa souffrance, mais aussi à son existence qu'il voit comme misérable et inutile. Un traitement antidépresseur stimulant et peu sédatif lui a été administré pour améliorer le contact avec les soignants. Celui-ci reste encore très ralenti et clinophile, le plus souvent dans une position de repli sur soi (fœtale), refusant tout contact et relation.

JC avait déjà été hospitalisé en service libre, le 18.09.01. Suite à une altercation avec son père sur son lieu de travail, JC a quitté le domicile parental, trouvant refuge chez son seul ami. Selon lui, c'est à partir de ce moment qu'il serait devenu apragmatique. Mis à la porte et après un séjour à l'hôtel, il revient au domicile de ses parents où il tente de se suicider avec leurs médicaments. A cette époque, après une amélioration avec un traitement anti-psychotique (Zyprexa 10 x1, Tercian 25 x3 - neuroleptique sédatif - et Noctran 10 x1), il exprimait sa pathologie par des idées et des images obsédantes qu'il voulait faire cesser selon lui, avec des gestes impulsifs d'automutilation. Il semble même qu'il avait déjà attenté à sa vie 4 fois auparavant, sans que cela nécessite selon lui, un suivi hospitalier ou psychologique. Il n'évoque que rarement et difficilement ses motivations suicidaires et ses troubles. Malgré tout, son comportement reste étrange à certains moments : selon le dossier de suivi infirmier, il est noté qu'il a été vu en train de parler seul, de se boucher les oreilles. Il n'a exprimé indirectement qu'une seule fois au psychiatre lors d'un entretien, avoir eu des hallucinations auditives avec la radio, sans pour autant entrer dans les détails.

Deux semaines après son hospitalisation, il est sorti avec comme projet personnel de trouver un emploi « quelconque » et de retourner vivre chez ses parents. Cette décision est en opposition par rapport son envie de « couper les ponts » avec eux, envie qu'il avait exprimée

lors d'un entretien avec sa psychiatre, pour expliquer le fait qu'il refusait de les voir et de rentrer le week-end dans ce milieu qui lui semble malsain. Un suivi psychologique avait alors été proposé au CMP (centre médico-psychologique) du secteur, mais après quelques rendez-vous où JC restait comme mutique ou encore arrivait alcoolisé pour pouvoir parler plus facilement et tout simplement surpasser ses angoisses par rapport au trajet en transport en commun, JC a cessé de s'y rendre, coupant tous les liens thérapeutiques. Aucune démarche de recherche d'emploi n'a donc été effectuée et le contrat de suivi thérapeutique a été rompu.

Avec un peu de recul, on peut donc supposer que JC a accepté la proposition de prise en charge en hôpital de jour, pour fuir ce milieu intra-hospitalier angoissant du fait de la confrontation avec les autres patients, souvent plus vieux et avec des troubles psychiques plus « graves ». Toutefois, je pense qu'il était conscient des risques qu'il encourait en rentrant chez ses parents, n'ayant pas retrouvé « *la joie normale de vivre*³ » et se retrouvant une nouvelle fois confronté aux réalités familiales et socio-professionnelles du monde extérieur. Comme on pouvait le craindre, JC n'a pas réussi à affronter ce milieu extérieur, encore trop agressif pour lui, préférant se replier une fois encore dans sa chambre et devant son ordinateur, sécurisant par l'absence de contact et de relation sociale directe. Cette rechute progressive s'est donc terminée par une récurrence de passage à l'acte suicidaire qui l'a amené à être hospitalisé une seconde fois, celle de cette étude.

I.3 Histoire de JC

JC, deuxième d'une fratrie de six, est né en France le 18.07.78, de parents d'origine espagnole. Son frère aîné est devenu juge, sa sœur cadette travaille dans l'audiovisuel en Espagne, et ses autres frères vivent chez ses parents : l'un a 21 ans et est en 3^e année de médecine, les deux autres ont 19 et 18 ans et sont encore au lycée. Son père a 60 ans et est ouvrier dans les bâtiments et travaux publics. Sa mère, elle, a 56 ans et est femme au foyer.

1.3.1 Enfance

La naissance de JC aurait été très mal vécue par son frère aîné qui était très jaloux. Sa mère raconte lors d'un entretien, qu'elle s'est alors détournée de JC pour s'occuper de « son fils » (l'aîné) qui est tout pour elle. JC grandit alors « normalement », sans que sa mère ait besoin de s'en occuper et en retrait par rapport à elle. Dès le plus jeune âge, il est très isolé,

³ Th. LEMPERIERE et A. FELINE, *Psychiatrie de l'adulte*, coll. Abrégés, Paris, Masson, 1996, p.205.

peu expressif et n'a pas vraiment de relations sociales et familiales. Pendant sa scolarité qui se passe sans problème, JC raconte à la psychologue qu'il était le bouc émissaire d'une bande d'adolescents, se laissant faire, sans réagir ni répondre aux diverses provocations, verbales (insultes et propos dévalorisants) ou physiques (racket, dégradation de ses affaires personnelles et agressions physiques). Il adopte alors déjà une attitude fuyante et passive devant ses difficultés relationnelles. Après avoir obtenu son baccalauréat professionnel de comptabilité, il quitte totalement cette filière dans laquelle il ne trouve « aucun intérêt ». Il se dirige ensuite « au hasard » selon lui, vers des études linguistiques de japonais à l'université. Etude qu'il arrêtera après un deuxième échec en première année de DEUG.

1.3.2 Relations amicales et affectives

JC a très peu de relations amicales. Il apparaît comme un adolescent déprimé et replié sur lui-même. Il avait un seul ami auparavant selon lui, chez qui il avait habité après l'altercation avec son père. Mais celui-ci l'a mis à la porte, ne comprenant pas l'attitude passive et clinophilique de JC. Il a toujours été très introverti, ne pratiquant aucune activité collective et s'intéressant de plus en plus à l'informatique. Cet outil est même devenu un moyen pour lui de communiquer, plus rassurant par la distance relationnelle et matérielle qu'il impose (ni regards, ni jugements). Toutefois, ses contacts établis par internet ont tous échoué après qu'il ait « étalé » librement ses troubles. Cette froideur relationnelle se retrouve aussi sur le plan affectif. JC n'a jamais réussi à laisser transparaître ses sentiments (amoureux au collègue) ou même, à aborder une personne dans le but d'établir une relation. Le fait d'être encore vierge à son âge, que ce soit de relations amoureuses ou de relations sexuelles, participe largement à rendre cette difficulté relationnelle encore plus douloureuse. En effet, JC s'alcoolise souvent lors de ses sorties où il erre dans Paris, dans le seul but de pouvoir aborder les gens dans la rue et oublier ses problèmes, offrant même ses « services » à qui le veut (proposant son corps aux femmes).

1.3.3 Relations familiales

Au niveau familial, les relations sont aussi altérées. Le père, seul source de salaire de la famille, est souvent absent à cause de son travail « difficile et dangereux » selon JC, et reste très distant lorsqu'il rentre au domicile pour se reposer. Par rapport à JC, il semble avoir démissionné face à ses problèmes après plusieurs échecs : abandon du permis alors qu'il lui avait payé entièrement, abandon de ses études pourtant sans difficulté majeure et échecs

professionnels multiples, notamment dans les chantiers auprès de son père. Les deux n'ont quasiment aucune relation, JC le considérant même presque comme un « étranger ». Son père semble éprouver un important sentiment de culpabilité, par rapport à sa responsabilité dans l'état psychologique de JC et dans ses tentatives de suicide.

Sa mère elle, semble être très ambivalente : tantôt hyperprotective, tantôt très peu affective et communicante. Il n'y a qu'elle qui parle dans la famille, monopolisant tout l'espace relationnel et étouffant les autres. Ses commérages font que les enfants ne lui confient plus rien, n'ayant plus aucune intimité relationnelle. Lors d'un entretien qu'elle demande avec la psychologue à propos de JC, celle-ci ne parle que de son fils aîné qui tient une place principale dans sa vie, oubliant entièrement qu'elle est venue consulter pour JC, et n'écoutant ou n'entendant même pas les rappels de la psychologue. C'est comme si JC n'existait pas à ses yeux. Malgré son attitude de mère face à son fils malade, c'est à dire de protection, d'attention et de compréhension, celle-ci donne l'impression de le dénier et de le dévaloriser involontairement, en idéalisant son fils aîné et le cadet de JC. C'est en fait une sorte de double lien où la mère montre qu'elle aime son fils par une attitude d'hyperprotection anxieuse (en venant prendre de ses nouvelles et s'inquiéter de son état de santé) et dominatrice (refusant qu'il sorte de peur qu'il ne passe à l'acte). Mais aussi, d'une certaine façon, c'est un moyen par lequel elle le rejette, mettant en valeur seulement les actions de ses frères et gardant une trop grande distance dans leur relation affective et émotionnelle.

Du côté des enfants, il n'y a encore une fois que très peu de relations entre eux et avec d'autres personnes. Ils ne se parlent pas et sont tous dit « renfermés ». Le cadet de JC est même suivi psychologiquement depuis 3 ans.

Le milieu psychodynamique familial de JC peut donc être considéré comme pathogène. En effet, ses parents semblent avoir eu d'importantes difficultés à proposer une relation affective suffisante, stable et cohérente à JC. Il semble que les carences et frustrations de celui-ci, ne lui ont pas permis d'avoir eu une valorisation personnelle suffisante lui permettant l'introjection du monde extérieur et la construction d'une personnalité forte. JC ne semble pas en effet avoir assimilé les outils nécessaires pour gérer ses émotions personnelles et relationnelles, lui assurant ainsi une sécurité affective. L'ensemble de la famille cohabite donc de façon complètement dissociée et désunie, sans aucune relation entre ses membres, fonctionnant sur un mode défensif (feignant l'entente par des attitudes paradoxales d'indifférence, d'affection étouffée et de rejet mutuel). Ces relations familiales passives et fuyantes, ont pu largement contribuer à l'isolement relationnel de JC et des autres enfants.

I.4 Diagnostic psychiatrique

Le diagnostic psychiatrique de JC, tableau psychotique avec une dépression atypique, a été difficile à poser pour les psychiatres et l'équipe thérapeutique.

En effet, l'état de souffrance physique et psychique est bien caractéristique du syndrome dépressif chez JC. Sa douleur morale se traduit par un pessimisme global qui plonge JC dans un sentiment d'incapacité d'agir, de dégoût de la vie et de lui-même, augmentant ainsi son inhibition psychomotrice (repli clinophylique, **asthénie...**), le tout associé à des troubles somatiques (sommeil et anxiété surtout).

Cependant, il est difficile de percevoir le pôle psychotique chez JC, celui-ci ne communiquant quasiment pas. L'histoire de JC permet cependant de mettre en évidence quelques points sensibles : enfance difficile au niveau affectif et relationnel (dans un milieu familial que l'on pourrait qualifier de « pathogène » et un milieu amical et amoureux très pauvre) et multiples échecs (relationnels, amoureux, scolaire, permis, professionnels...). L'attitude de repli, de solitude et de fuite de toute relation se retrouve aussi depuis très longtemps chez JC, tout comme sa tendance dépressive. Par contre, il est difficile de connaître son vécu intérieur, du fait de son absence de communication de sa souffrance. Personnellement, je n'ai quasiment pas perçu de perte de contact avec la réalité chez JC, ni de pensées délirantes, l'expression de son syndrome dépressif étant prédominante. Malgré tout, certains éléments dans son comportement et dans l'histoire de sa maladie font appel à la notion de psychose : début d'isolement social jeune, idées et images obsédantes, attitude défensive et de fuite (reste immobile dans un coin de sa chambre, souvent avec le walkman sur les oreilles), hallucinations auditives (peu ou pas exprimées), sentiment de persécution dans les transports, nécessité de ressentir la douleur et ses limites lors des gestes d'automutilation (signe de dissociation)... De plus, la souffrance de JC s'exprime majoritairement par des sensations et attitudes corporelles et non pas au niveau verbal comme chez les personnes à structure névrotique. Celui-ci fait preuve constamment d'un conflit entre ses pulsions, ses besoins (affectifs, relationnels, sexuels et suicidaires), et la réalité qui l'angoisse et l'empêche de passer à l'acte (exemple de son impossibilité de rentrer en relation et d'avoir des rapports, mais aussi de réussir le passage vers la mort). Enfin, il semble que pour JC, la confrontation à la réalité soit plus douloureuse que celle à sa pathologie, préférant ainsi se réfugier dans cette attitude dépressive plutôt que de la refouler (défense névrotique).

Enfin, le syndrome dépressif semble avoir été secondaire aux symptômes psychotiques (contrairement à la psychose maniacodépressive), ce qui permet d'émettre le diagnostic de trouble thymique dans une schizophrénie (non déclarée), de type dépression atypique⁴.

I.5 Etablissement de la relation en ergothérapie

Depuis son entrée à l'hôpital le 29.12.02, JC est resté cloîtré dans sa chambre. Le traitement antidépresseur ayant apaisé en partie son anxiété et diminué quelque peu ses difficultés relationnelles, le médecin psychiatre lui a alors prescrit un suivi thérapeutique quotidien en ergothérapie.

1.5.1 Début de la prise en charge

JC est donc venu la première fois le 11.01, accompagné du psychiatre qui lui a présenté l'équipe et l'atelier. Tout de suite pris en charge par un ergothérapeute lui expliquant le fonctionnement de l'atelier et les possibilités d'activités, JC s'est installé et a commencé un dessin au crayon à papier, une copie d'un paysage en noir et blanc tiré d'un livre de l'atelier. Durant cette présence « active » d'environ une heure, JC est resté immobile et silencieux, ne répondant que brièvement aux questions. Il n'entre en relation que de façon passive, laissant son interlocuteur mener la discussion, poser des questions, voire même y répondre. Cette première prise de contact a un caractère non seulement timide, mais fuyant par rapport à la mise en place du cadre et de la relation. Ce cadre encore « léger » dans la durée et la fréquence, peut être vécu comme oppressant par l'établissement « brutal » (« imposé » par le psychiatre) d'une situation duelle, de tête-à-tête avec l'ergothérapeute (encore considéré comme un inconnu comme dans tout début de relation qui s'établit progressivement).

Son dessin est une réalisation précise au crayon à papier d'un décor strict et sombre. Un choix à l'image de la vie ou de la réalité de JC, manquant de couleurs, de notes de gaieté. L'aspect étriqué du dessin, projection de l'image mentale de son corps, ne permet aucune excentricité ni déviation. JC est en effet très appliqué et soigné dans sa façon de faire, le coup de crayon est précis et lent. Malgré tout, j'ai l'impression qu'il n'investit pas ce projet, le réalisant sans envie ni plaisir. Dessiner devient pour lui un refuge dans lequel il se plonge pour oublier sa souffrance morale, un moyen d'agir dans un cadre protégé, celui de

⁴ Notion développée en Annexe I.

l'ergothérapie, et de se rassurer par la minutie, la précision et le perfectionnisme dans son dessin (mode de défense propre à la psychose et à l'obsession).

Toutefois, JC éprouve des difficultés pour venir de façon constante et de sa propre initiative, préférant la solitude de sa chambre aux relations, même passives et fuyantes de l'atelier. La décision d'agir et d'affronter le monde extérieur lui est quasi impossible, c'est pourquoi j'ai trouvé nécessaire de le stimuler, d'aller le chercher pour qu'il sorte progressivement de cet isolement. En effet, JC n'est venu que deux fois la première semaine de sa propre initiative. Un début insuffisant mais toutefois prometteur, montrant que celui-ci ne refuse pas catégoriquement cette prise en charge. Au fur et à mesure qu'il prenait ses marques dans l'atelier, je suis donc monté de plus en plus dans sa chambre pour le stimuler et montrer que nous étions là, en tant que thérapeutes, pour le soutenir et l'aider dans sa démarche. C'est aussi une façon de lui rappeler les règles du contrat thérapeutique, établies à la fois avec le psychiatre et à la fois avec l'ergothérapeute. A chaque fois, je trouvais JC allongé sur son lit, dos tourné à une quelconque relation. Un moment de discussion était donc nécessaire pour le convaincre de descendre en ergothérapie. Bien sûr, lorsqu'il ne se sentait vraiment pas prêt, que la douleur était encore trop présente, je respectais sa décision tout en précisant que nous l'invitions à nous rejoindre. Même le fait d'exprimer ce refus peut être vécu et interprété positivement : cette prise de position implique un choix pour sa journée et donc une orientation pour son existence, qu'il est le seul à gérer. Le fait de respecter ce choix lui permet de sentir aussi qu'il est respecté en tant qu'individu à part entière et pas seulement en tant que malade. Il devient alors « acteur » de sa prise en charge. Ce respect est à la base d'une relation de confiance.

1.5.2 Analyse du cadre et de la relation

Cette relation avec JC s'est donc installée progressivement sous forme de soutien et d'acceptation mutuelle. De la position de simple stagiaire, JC a commencé à me percevoir comme un soignant, une personne pouvant l'aider dans sa démarche et le comprendre.

Une fois la relation de confiance établie, j'ai eu l'impression d'être devenu comme un élément stimulant pour JC, prenant moins une fonction de *pare-excitation avec une limitation des stimuli externes*⁵ (les autres), qu'une fonction de stimulation, dans un cadre à visée plus sécurisante que socialisante. En effet, en tant que thérapeutes, nous sommes les garants de ce

⁵ E-B.KELEMEN, « Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens », *Journal d'Ergothérapie*, 18, mars 1996, p.105.

cadre, matérialisé par l'atelier. Cet espace calme et sécurisant, se doit d'être un environnement *suffisamment bon* selon WINNICOTT, où le patient peut s'adonner à la création, à la relation et au repos temporaire.

De plus, je pense qu'il y a eu une situation d'attirance entre JC et moi, comme une sorte de **projection** émotionnelle ou d'**identification**. C'est comme si celui-ci, il me semble, projetait sur moi ses désirs et ses regrets, tout comme moi, mes peurs et mes désirs inconscients et fantasmatiques de « soignant guérisseur »⁶. En effet, nous avons presque le même âge, mais des chemins et des parcours des plus différents, et l'image que nous véhiculons semble être opposée.

Enfin, le cadre temporel de cette prise en charge, est resté assez souple, sans contrainte de temps, l'invitant à nous rejoindre de façon quotidienne lorsque celui-ci ne venait pas. Il s'agissait de ne pas lui imposer notre décision, mais au contraire de chercher à ce qu'il adhère avec nous au processus thérapeutique, afin qu'il passe d'une situation d'objet de prise en charge, à celle de sujet avec un désir d'agir.

II L'ACTIVITE PING-PONG EN TANT QU'ERGON⁷ THERAPEUTIQUE

II.1 Début du jeu thérapeutique

II.1.1 Les premiers échanges

Lorsque j'ai proposé à JC de faire du ping-pong, mon objectif était de le stimuler, psychologiquement et physiquement. Le fait de faire un sport ou une activité physique quelconque, permet en effet d'éveiller les sens, de mettre en mouvement le corps pour redécouvrir ses limites et ses capacités, et de dynamiser la personne entière, dans sa globalité.

Ayant accepté mon invitation sans trop de difficulté ni d'opposition, nous avons échangé quelques balles. Les débuts sont un peu difficiles : son corps est enraidit, figé et les sensations avec le matériel sont encore nouvelles. Le temps de prendre contact avec cette activité, JC se contente de renvoyer la balle, sans l'accélérer ni la ralentir, me laissant mener

⁶ Je suis bien conscient que ces termes peuvent appartenir au domaine de la psychanalyse, et ne pretends aucunement avoir les compétences pour analyser cette situation de façon plus précise. Je relate juste une impression émanant de cette prise en charge.

⁷ Force qui pousse à mettre en action, à agir (traduction latine : « agere »), instituant ainsi la permanence du sentiment d'être.

le jeu. Petit à petit, il commence à sortir de son attitude de repli, me confiant au passage d'une balle ratée, qu'il avait déjà joué il y a longtemps, au collège et au lycée.

Dès le début, JC semble investir cette activité. Il est concentré sur le jeu, réagissant aux différents échanges. Progressivement, il se livre plus dans la partie, cherchant à retrouver des sensations perdues. Son corps devient plus mobile, plus souple, occupant plus d'espace. Le jeu s'accéléralant, je commence alors à provoquer JC, en recherchant à placer les balles dans les coins pour augmenter ses déplacements et à insister sur son coup droit pour travailler dans l'ouverture et l'écartement des bras. Par cette provocation, j'essaie alors de savoir comment il va réagir : abandonner et se replier sur lui-même avec une stratégie de passivité et de négativisme ou au contraire, se battre sur tous les coups et dévoiler un caractère encore insoupçonné, plus combatif. Sa réponse est positive : il va chercher les balles de plus en plus loin, les coups partent de plus en plus fort. A ma grande surprise, je peux voir du plaisir sur le visage de JC qui s'éclaircit. Celui-ci devient vivant, transpirant d'expressions, de sourires. JC semble redécouvrir petit à petit son corps avec lequel il communique, percevant des sensations oubliées. Il relève la tête, se redresse, bouge légèrement les bras. Il arrive même à commenter son jeu, se moquant sans gêne des coups qu'il porte dans le vide. Sa combattivité revient, tout comme la sensation de fatigue physique.

La partie se termine après environ 45 minutes d'efforts. JC respire mieux, de façon plus libre, il semble transformé. La fatigue se mêle sur son visage au plaisir, à une impression de bien-être, toutefois retenue et étouffée. Malgré tout, il répond qu'il a apprécié de jouer avec moi et qu'il serait d'accord pour renouveler l'expérience de temps à autre.

11.1.2 Etablissement du cadre propre au ping-pong

Tout comme le cadre global mis en place pour la prise en charge de JC en ergothérapie, le cadre temporel de cette activité ping-pong est resté aussi très souple. En effet, je ne voulais pas que, par l'aspect imposé des rendez-vous, JC soit contraint de faire du ping-pong, mais au contraire, je voulais que naisse en lui un désir de jouer. Cela permet aussi de lui laisser le choix avec une activité créatrice en atelier et surtout, d'avoir à le verbaliser. Encore une fois, j'essaie d'amener JC à être sujet, en le sortant de cet univers balisé dans lequel il n'a qu'à se laisser guider. Enfin, le fait de ne pas mettre de contrainte de temps, permet d'accéder

à une certaine liberté dans le jeu (*play*), pour que JC puisse atteindre le plaisir, entrer en relation et pour que le choix d'arrêter soit le sien.

La pièce où nous jouons, est une salle intriquée dans le service, à la fois ouverte aux autres, et à la fois fermée, permettant ainsi une plus grande sécurité pour JC. En effet, malgré la présence d'autres objets dans la salle, celle-ci ne sert que pour le ping-pong et est ouverte à tous. Elle est séparée du hall d'entrée par un mur comportant deux portes, la plupart du temps fermées, et une grande ouverture permettant de voir se qui s'y passe et laissant la possibilité aux autres de venir assister à la partie. Malgré cette ouverture sur l'extérieur, le fait d'avoir les portes fermées est rassurant pour JC, celui-ci pouvant ainsi se donner dans la relation sans craindre le regard et le contact des autres.

La relation duelle m'a permis (en partie) d'établir plus facilement un climat de confiance entre JC et moi, confiance qu'il aurait été plus difficile d'obtenir en groupe du fait ses difficultés relationnelles. Ainsi, en l'accueillant tel qu'il était, j'ai essayé de l'inviter à se « *jeter* » dans l'action⁸, grâce à une situation sécurisante de **holding** thérapeutique. Je pourrais aussi comparer cette activité à la notion de **handling**. En effet, par le ping-pong, j'ai essayé d'atténuer son désir d'être « absent », en lui donnant l'occasion de prendre contact avec le monde extérieur, de se mettre en mouvement et de faire l'expérience de la réalité des choses⁹. Enfin, cette dualité m'a aussi permis d'avoir un rôle de miroir pour JC, amplifiant ce sentiment d'ancrage dans la réalité. Par le regard que je porte sur lui et mon attitude, je participe donc indirectement à la reconstruction de son identité, lui donnant la sensation d'exister.

En ce qui concerne le jeu, j'ai préféré ne pas introduire directement de notion de règles (match) ou de compétition, laissant celui-ci libre, sous forme du *play* de WINNICOTT. Il s'agissait plus de faire durer le va-et-vient de la balle, l'échange, afin que puisse en émerger une relation d'opposition pacifique et ludique.

Enfin, comme dernière condition de ce cadre, je demandais à JC d'essayer de verbaliser ses sensations et ses impressions. En effet, *la parole permet au sujet de se construire, en subjectivant ce qui lui arrive*¹⁰. Au fur et à mesure, la personne commence à éprouver un certain plaisir à se sentir plus vivant et tente de le communiquer, surtout de façon non-verbale (le corps qui se redresse, la tête qui se relève, le visage qui s'éclaircit et les sourires qui apparaissent). La communication verbale arrive ensuite par des soupirs, puis des

⁸ I. PIBAROT, « La dynamique de l'ergothérapie », *Journal d'ergothérapie*, 26, Paris, Masson, 1978, p. 5.

⁹ I. PIBAROT, *op. cit.*, p. 7.

¹⁰ M-H. BROUSSE, F. LABRIDY, A. TERRISSE et M-J. SAURET, *Sport, psychanalyse et science*, Paris, PUF, 1997, p. 59.

rires et des moqueries. Souvent les mots ne peuvent pas directement sortir après l'effort, c'est pourquoi il faut y revenir ensuite, afin que JC puisse faire lui-même l'expérience de ce plaisir. Selon WINNICOTT, [...] *le moment clé est celui où l'enfant se surprend lui-même, et non celui où je fais une brillante interprétation*¹¹.

II.2 Notions par rapport au sport et au corps

II.2.1 Enjeux d'une activité à médiation sportive

L'activité sportive est plus qu'un simple loisir occupationnel ou sport de compétition, elle peut être une médiation thérapeutique, avec différents objectifs : amener la personne à prendre du plaisir (fonction hédonique), favoriser la resocialisation et l'échange, libérer celle-ci de ses tensions internes et de son agressivité, et enfin la revaloriser. Le fait d'amener cette personne à un mieux être, physique et psychique, lui permettant ainsi d'exister, comporte un risque caractérisé par les excès, qu'il faut pouvoir maîtriser. Cette tendance pulsionnelle au dépassement des limites, séparée du principe de plaisir, est une menace pour le jeu et pour le moi. Seul le cadre défini par le thérapeute avec des règles, peut limiter la personne et replacer le jeu dans le domaine du plaisir et non de la compétition¹².

II.2.2 Relation au corps

On a pu voir précédemment, par la prise en charge de JC, que les troubles psychiques s'accompagnent souvent de troubles moteurs (attitude figée, mouvements dysharmonieux...). Ces difficultés mettent en évidence ce mal-être intérieur et *chacun avec leur particularité va, au travers d'un certain nombre de symptômes corporels, présenter une première esquisse de sa souffrance*¹³. Cette souffrance ne pouvant être exprimée avec des mots, il ne reste au sujet que le corps pour faire entendre ses maux. Le corps est donc un médiateur dans la relation à soi et à l'autre. C'est un élément par lequel et sur lequel la personne peut agir. On note donc ici toute l'ambiguïté du corps, à la fois objet et sujet.

¹¹ D.W. WINNICOTT, *op.cit.*, p. 72.

¹² Cette partie est d'avantage développée dans l'annexe II.

¹³ F. MORESTIN, « Corps Ambigu », *Journal d'Ergothérapie*, 3, sept. 2001, p. 5.

11.2.2.1 Représentation de son propre corps

La représentation du corps, réalisée grâce aux diverses expériences sensorielles et affectives, permet d'ouvrir ce corps-objet aux projections du « **Moi** », afin d'accéder à une image corporelle, à la fois imaginaire et symbolique. Celle-ci, chargée de notre **libido narcissique**, est des plus importantes dans la formation de notre personnalité et dans notre rapport à soi, à l'autre et au monde extérieur¹⁴.

11.2.2.2 Rapport du corps à l'autre

La perception d'autrui passe avant tout par la capacité à percevoir notre corps. Lorsque la verbalisation des maux est impossible, le corps imaginarise ces signes et devient un médiateur dans la communication non-verbale et l'expression de ce vécu émotionnel interne. Tout changement d'expression entraîne alors un changement dans la relation à l'autre. On peut donc dire que ce corps-objet (ou corps-sujet), médiatise et agit cette relation à l'autre, et ainsi, par sa représentation, permet l'individualisation de la personne¹⁵.

11.2.2.3 L'activité à médiation sportive comme « agir » du corps

Que se soit en psychiatrie ou ailleurs, il nous arrive souvent d'entendre la phrase : « je suis mal dans ma peau ». Celle-ci *témoigne de l'impuissance de ce faire avec son corps*¹⁶. Grâce à la mise en mouvement de ce corps, les personnes expérimentent de nouvelles sensations et *se retrouvent placées dans une dynamique particulière où le corps est en un même temps un corps agi et perçu*¹⁷. La médiation par le sport va donc lui permettre d'explorer l'espace, mais aussi de rentrer en relation, à la fois avec son « Moi » intérieur et avec les autres. Il va donc indirectement, dans un cadre rassurant, symboliser ses sensations. Ainsi, grâce au sentiment de confiance qui se met en place, *cela peut être pour lui l'occasion de changer son image, de se donner à être d'une autre façon*¹⁸. La redécouverte progressive de ces nouvelles sensations permet de réintégrer une image corporelle plus unifiée qu'auparavant.

¹⁴ Cf. annexe III.

¹⁵ Cf. annexe IV.

¹⁶ M-H. BROUSSE, F. LABRIDY, A. TERRISSE et M-J. SAURET, *op. cit.*, p. 51.

¹⁷ F. MORESTIN, *op. cit.*, p. 11.

¹⁸ M-H. BROUSSE, F. LABRIDY, A. TERRISSE et M-J. SAURET, *op. cit.*, p. 59.

II.3 Le « JE » qui se joue au ping-pong

11.3.1 Approche technique de l'activité

Le ping-pong fait partie de la catégorie des sports de balle. Il est défini comme une *activité de débat* dans laquelle *l'opposition est médiée par une raquette et une balle sur un espace de jeu réduit*¹⁹. Pour participer, *il faut anticiper, il faut communiquer, il faut inventer* selon Michel BOUET²⁰. J'ai développé brièvement les caractères stratégiques, techniques et émotionnels mis en jeu dans le ping-pong en annexe V.

11.3.2 Approche symbolique du ping-pong

11.3.2.1 Le cadre matériel

Le cadre matériel est représenté par différents objets que j'étudierai successivement, c'est à dire la table avec le filet, la raquette et enfin la balle.

La présence de la table et du filet entre les deux joueurs peut être vécu comme une barrière rassurante pour JC. Elle lui permet d'entrer dans cette relation duelle sans qu'il y ait de contact, ni d'intrusion dans l'espace relationnel intime (extracorporel). En effet, lorsque le jeu s'accélère et que l'on peut ressentir une certaine violence (notamment par rapport à la balle), *les adversaires s'épient de part et d'autre du filet [et de la table] qui semble être là pour les séparer, afin que leur mutuelle explication demeure cette espèce de combat à distance*²¹. On peut aussi considérer ces éléments comme faisant partie de l'*aire intermédiaire* de WINNICOTT, où JC essaie de faire l'expérience *de maintenir à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure*²², réalité subjective et réalité objective. La table avec le filet, ainsi que la salle en elle-même, devient alors un espace transitionnel dans lequel JC et moi jouons.

La balle, quant à elle, est un objet vivant (symbole de la vie) dans le ping-pong : elle bouge, rebondit, subit les chocs infligés par les joueurs et possède un mouvement quasi autonome. Elle est un catalyseur de motricité pour les intervenants qui sont obligés de bouger

¹⁹ C. SEVE, *Tennis de table*, Paris, Ed. Revue EPS, 1999, 127p.

²⁰ M. BOUET, *Signification du sport*, Paris, L'Harmattan, coll. « Espaces et Temps du Sport », 1995, p.110.

²¹ M. BOUET, *op. cit.*, p.14

²² D.W. WINNICOTT, *op. cit.*, p. 9.

pour la rattraper selon les règles du jeu, mais aussi un catalyseur relationnel, une invitation à l'envoyer et à la renvoyer : *elle nous met alors au contact des autres et nous médiatise leurs mouvements ; elle est un moyen de communication qui, passant des uns aux autres, transmet gestes et intentions s'entre-répondant*²³. Cet objet transitionnel dans cet aire intermédiaire, permet de mettre en évidence certains symptômes ou situations douloureuses (tel le manque de relation, d'affection...) et de préserver l'équilibre psychique de la personne, prenant le rôle de *défense contre l'angoisse, en particulier contre l'angoisse de type dépressif*²⁴. Cette défense psychique se remarque notamment par l'ambivalence que l'on retrouve par rapport à cette balle. Elle peut en effet être associée à des situations personnelles. Selon FROEBEL, la personne (ici JC) *reconnaît dans la balle « ce qu'il a ressenti jusqu'alors en soi-même sur le sein de sa mère : l'union et la séparation »*. *Cette recherche en quelque sorte du sein perdu est elle-même ambivalente : elle représente une conduite où l'objet aimé est souvent jeté et frappé*²⁵. Ne retrouve-t-on pas ici en quelque sorte, la représentation de la relation entre JC et sa mère ?

11.3.2.2 Dualité du jeu et perspective d'évolution

➤ Interaction, communication

Le ping-pong est une activité d'interaction constante et d'échange entre les deux intervenants. Au début, le simple fait de se renvoyer la balle devient progressivement une importante médiation dans la relation à l'autre pour JC. Toutefois, on pourrait douter du caractère « socialisant » ou encore « relationnel » du ping-pong, du fait de son appellation de sport « individuel ». Or *il semble que l'appauvrissement que représente la perte des relations avec autrui dont étaient riches les manières collectives de jouer la balle, est compensée par une pensée relationnelle plus poussée chez l'individu*²⁶. En effet, la dualité de ces échanges permet d'instaurer un climat de confiance plus important et dans lequel JC peut se laisser aller sans craindre le regard des autres, leurs jugements ou même leurs moqueries.

De plus, dans cette définition du cadre (jeu libre, soit *play*), l'échange ou la communication, est d'abord vécu comme une réunion, un jeu qu'il s'agit de faire durer, mais dans lequel il est possible d'enchaîner sur une opposition artificielle et ludique (pas de

²³ M. BOUET, *op. cit.*, p. 107.

²⁴ D.W. WINNICOTT, *op. cit.*, p. 11.

²⁵ M. BOUET, *op. cit.*, p. 114.

²⁶ M. BOUET, *op. cit.*, p. 135.

compétition). Dans cette opposition, l'agressivité qui peut être reportée sur la balle lorsque les joueurs la frappent, n'est pas de l'ordre des pulsions destructrices. En effet, *l'agression est frustrante, plus que lésante*²⁷. Il n'y a pas agression physique, mais juste une recherche de tromper son adversaire par des feintes et autres techniques.

Enfin, cette communication ou ce mode de relation, ne laisse aucune place au faux-semblant, à des réponses aménagées et à une attitude défensive autre que le repli sur soi et l'abandon. Selon COCHET, c'est *une conversation d'un genre un peu particulier, en ce sens qu'il faut toujours avoir la réplique toute prête*²⁸.

➤ Introduction des règles et de la compétition, et passage du *play* au *game*

*Que le sport apporte du plaisir, cela est évident puisqu'il donne satisfaction aux diverses tendances qui motivent sa pratique, et qu'il le fait dans un cadre d'une activité suffisamment circonscrite en sécurité pour que le principe de plaisir puisse s'harmoniser au principe de réalité. On pourrait même presque dire que le sport parvient à faire du principe de réalité un principe de plaisir*²⁹. Toutefois, ceci ne semble possible que si la finalité de ce sport reste de l'ordre du loisir. Le risque avec l'introduction des règles (match), est que ce plaisir soit occulté par ce principe de réalité, contraignant, mais malgré tout sécurisant et contenant.

Progressivement donc, une fois les sensations corporelles et techniques retrouvées, le jeu s'accélère, les règles du cadre changent. Désormais, à la relation de confiance se mêle une confrontation sportive et ludique, où JC livre une bataille à deux niveaux : d'un côté contre moi, son adversaire de jeu, et de l'autre contre lui-même, contre son inhibition psychomotrice. Le jeu, alors présent sous forme de *play*³⁰ selon WINNICOTT, devient de l'ordre de la compétition. Comme dans toute confrontation, il y a un risque dû à l'enjeu, de discussion sur la légitimité de certains points ou sur leur validation. Afin d'éviter cet aspect effrayant dans le dérèglement du jeu, il devient alors nécessaire de prendre en compte les règles universelles et non-discutables du ping-pong. Celui-ci évolue donc sous la forme de *game*, en ce qu'il comporte d'organisé et de volonté de maîtrise.

²⁷ M. BOUET, *op. cit.*, p. 140.

²⁸ M. BOUET, *op. cit.*, p. 139.

²⁹ M. BOUET, *op. cit.*, p. 467.

³⁰ D.W. WINNICOTT, *op. cit.*, p. 70.

III EVOLUTION DE JC

III.1 Evolution relationnelle

Après les premières séances de ping-pong avec JC, pour lesquelles la plupart du temps, j'ai eu du mal à le voir du fait de son absence dans l'atelier, la relation avec lui s'est richement étoffée. J'ai réussi à me faire accepter, devenant même à certains moments, une sorte de « confident ». JC me parle en effet, de divers problèmes qui le touchent : sa cohabitation avec son voisin de chambre qui l'insupporte au point de se replier sur lui-même pour éviter toute discussion, son impression de stagnation par rapport à sa psychiatre, son sentiment que certaines personnes sont « laissées à l'abandon ici » ou encore, son incompréhension face à ceux qui, comme son père, travaillent comme des forcenés pour un salaire de misère... Il devient aussi capable de discuter à ma demande sur sa vision par rapport à sa vie future, me disant qu'il n'en a aucune idée, à part celle de « se taillader les veines » ou de « se bourrer la gueule seul ». Après réflexion, une possibilité de reprendre ses études semble apparaître, sans pour autant qu'il montre d'engouement et prouve ses capacités à se sortir de cet état pathologique.

Pendant ces entretiens, mon attitude a été de l'écouter et de l'inviter à poursuivre ses réflexions, à la fois pour mieux comprendre son histoire et son état moral, et à la fois pour qu'il entre activement en relation avec moi et verbalise ses pensées. J'essayais aussi de le stimuler à se prendre plus en charge, que ce soit à l'hôpital ou chez lui le week end. Je ne peux pas dire que j'ai réussi à lui donner ce mouvement à chaque fois, mais un jour de beau temps, après en avoir discuté, il s'est surpris lui-même en sortant se promener dans le parc de l'hôpital.

III.2 Essai d'évolution du cadre de prise en charge

Lors d'une séance, j'ai essayé de faire entrer une autre patiente du pavillon qui regardait le jeu, dans cette activité duelle et ludique. Dans l'intention de les mettre en relation, du moins sur le plan du jeu, je lui ai proposé de me remplacer. Restant alors à côté, j'ai observé l'attitude de JC, qui s'est rétracté, ne communiquant plus aucun son, ni expression de plaisir. Après coup, j'ai compris que c'était dû au fait qu'ils n'avaient pas le même niveau et qu'il s'ennuyait face à elle, qui se contentait de renvoyer la balle en cloche. J'ai alors voulu

retenter l'expérience, avec une autre patiente, déjà sportive. Mais la situation a été inverse : elle avait un niveau trop fort pour JC qui ne pouvait suivre, et une attitude de compétition ne laissant aucune place à la communication et à la relation.

J'ai aussi observé que, malgré mes sollicitations, JC n'a jamais réussi (ou essayé ?) à se tourner vers d'autres personnes, patients ou thérapeutes, pour faire un ping-pong. Cette étape, d'aller vers l'autre et de lui demander, donc de lui adresser la parole volontairement, semble encore trop difficile pour JC, voir même absente de son esprit. JC était donc dans la dynamique de jouer seulement avec moi. Il ne désirait donc jouer que pour entrer en relation avec moi et non avec les autres.

III.3 Répercussion dans l'atelier

➤ Evolution de sa créativité, de sa production

Avant le premier échange au ping-pong, soit au début de sa prise en charge, JC avait réalisé plusieurs dessins en copie, tous du même type, sombres et stricts. J'avais alors mis en place cette activité pour casser ce cycle, pensant qu'il n'y avait pas d'évolution, mais plutôt un enlèvement dans une activité d'occupation, dénué de tout désir, indispensable à toute créativité dans un processus thérapeutique. Au fur-et-à-mesure qu'il se retrouvait sur le plan corporel, ces productions ont évolué. Je pense que l'on peut traduire ce phénomène par une citation de WINNICOTT : *Au cours du développement émotionnel de l'individu, un stade [le « je suis »] est atteint où l'on peut dire que l'individu devient une unité. [...] ce stade est important en raison du besoin qu'a l'individu à atteindre l'être (being) avant le faire (doing). Le « je suis » doit précéder le « je fais », sinon le « je fais » n'a aucun sens pour l'individu³¹.* En effet, je pense que le ping-pong et la relation que nous y avons eu, ont participé à ces changements. *Si le jeu est essentiel, c'est parce que c'est en jouant que le patient se montre créatif³².*

➤ Répercussion sur ses réalisations, sa façon d'agir

L'attitude de JC dans l'atelier, mais surtout par rapport à ses réalisations, s'est modifiée de façon franche. En effet, alors qu'il était dans un cycle de productions stéréotypées, JC a commencé à émettre des idées créatives au sens propre du terme. Après avoir réalisé quelques dessins à la peinture, il a choisi d'entamer un premier projet en mosaïque, représentant une flamme, avec les dégradés de couleurs qu'elle comporte. Ce choix

³¹ D.W. WINNICOTT, *op. cit.*, p. 179.

³² D.W. WINNICOTT, *op. cit.*, p. 76.

ne semble pas être du au hasard comme il le laisse supposer. Il porte une grande valeur symbolique : la flamme est un élément (ni objet, ni image abstraite), pouvant être considérée comme un être vivant du fait que quelque chose lui donne naissance et qu'elle semble vivante et autonome ensuite, du moment qu'elle peut se nourrir. On peut aussi y voir une pulsion destructrice, que l'on retrouve aisément chez JC dans ses gestes d'automutilation.

Après avoir apprécié la visite d'un hôpital de jour où deux ergothérapeutes du service y travaillent à mi-temps de façon alternée, JC est venu me voir un jour en me demandant ce que j'étais en train de réaliser. De suite, après cette première initiative d'entrer en relation, il me fait part de son désir de m'exposer une idée « concept » qu'il aimerait réaliser : celle d'un tableau bicolore (vert et jaune), dans lequel une feuille et un chapeau, auraient un mouvement horizontal comme une feuille portée par le vent. Là encore, ce choix porte une symbolique importante : envie de liberté, d'évasion symbolisée par le vent, tout en étant protégé, sécurisé (chapeau)... L'opposition franche des deux couleurs, ainsi que la séparation du tableau en deux parties distinctes, peuvent cependant nous interpeller. Elles peuvent ainsi marquer l'existence d'un monde interne s'opposant en partie seulement (même mouvement général) à la réalité institutionnelle, ou encore exprimant son ambivalence dans sa conception de sa liberté : liberté physique apportée par la sortie de l'institution dans un cadre protégé (chapeau) ou liberté psychique apportée par la mort (feuille)... Malgré tout, le fait majeur est surtout qu'il ait franchi le cap de la demande de créer. Seul lui et lui seul est à l'origine de ce projet, il lui appartient alors entièrement.

III.4 Projet de vie pour JC

En accord avec la psychiatre et JC, un projet d'évolution à cours terme a été mis en place. Celui-ci comporte deux propositions différentes. En effet, la première consiste en une clinique pédagogique, dans laquelle JC pourrait reprendre ses études tout en restant dans un milieu sécurisant (hébergement compris). Elle permet donc de l'éloigner la semaine de son environnement familial qui semble être déconseillé, vu son état psychologique à chaque retour de week-end et sa fragilité actuelle. La seconde, serait d'aller quelques jours à l'hôpital de jour qu'il a visité. Cette proposition implique donc qu'il réintègre le foyer familial (du moins pour l'instant) et surtout qu'il ait à faire tous les matins, l'effort de se lever et d'affronter le monde extérieur angoissant lors des trajets. De plus, sa mère semble y être réticente, craignant que JC ne passe à l'acte une nouvelle fois. La décision semble être en fonction de la réponse de la clinique.

Il n'y a pas vraiment de projet à long terme pour JC. L'idéal serait qu'il se réinsère dans la société, en reprenant ses études ou en trouvant un emploi lui permettant de devenir autonome. Un suivi psychologique pourrait être conservé pour assurer JC dans cette démarche vers la « normalité ». Malgré tout, il reste un fort risque qui nécessite une orientation en foyer pédagogique ou en hôpital de jour. L'exemple a même été donné par JC lui-même qui, alors considérait lui-même être « mieux », a fait un passage à l'acte autoagressif par une tentative de phlébotomie, peu de temps avant mon départ, acte qu'il explique comme le besoin de sentir la douleur, de sentir son corps, de sentir qu'il existe.

III.5 Remise en question par rapport à la prise en charge

Je suis conscient de n'avoir pu interpréter certains actes que maintenant, ce qui alors, m'aurait permis je pense, de réorienter cette prise en charge autrement à certains moments et surtout avec plus de temps. J'aurais alors essayé par exemple, de changer la façon d'introduire d'autres personnes dans le jeu et dans la relation (ne pas céder ma place, mais organiser un jeu en double...), de donner plus d'importance à la verbalisation (prendre un temps après l'effort pour mettre des mots sur les sensations ressenties, ou en revenant avant une partie, sur la précédente...). De plus, bien que j'ai préparé JC à cette « rupture », mon action n'a sûrement pas été continuée par les ergothérapeutes, ayant d'autres obligations et moyens préférentiels, « altérant » ainsi (en partie seulement) le processus thérapeutique mis en place en ergothérapie. En effet, selon WINNICOTT, *ce qui est essentiel, c'est la continuité (dans le temps) de l'environnement extérieur et d'éléments particuliers dans l'environnement physique, tel l'objet (ou les objets) transitionnels(s)*³³. Je m'en remets donc à cette valeur que possède tout thérapeute, celle de l'importance du travail d'équipe, pour que les ergothérapeutes puissent assurer cette continuité.

³³ D.W. WINNICOTT, *op. cit.*, p. 24.

CONCLUSION

Lors de cette étude, j'ai préféré développer largement la présentation du patient, ainsi que son histoire et l'établissement de la relation. J'ai ainsi voulu que le lecteur puisse s'imprégner au maximum de cette prise en charge et mieux comprendre mon action en tant qu'ergothérapeute. La description des premiers échanges à travers la médiation du ping-pong et le cadre de cette activité, s'inscrivant aussi dans cette volonté, met en évidence les bienfaits thérapeutiques d'une telle activité, à la fois sur le vécu corporel du patient et sur la relation elle-même. Ensuite, il m'a semblé nécessaire d'analyser les différents liens qui existent entre le sport, le corps et l'esprit, pour enfin analyser la dimension symbolique même du ping-pong et des différents éléments constituant le cadre de prise en charge. Cela m'a donc permis de montrer à travers les valeurs du sport, quelles pouvaient être leurs conséquences sur la représentation du corps du patient, sur son interaction avec le monde extérieur et les autres, et enfin, sur son psychisme. Nous avons donc pu voir que ce patient, encadré dans un environnement sécurisant et de confiance, a redécouvert des sensations corporelles et ressortait d'une séance avec cette impression d'exister. C'est avec cette sensation qu'il peut percevoir correctement son corps et le monde extérieur, et ainsi qu'il peut entrer en relation. Cette individualisation est je pense nécessaire avant de pouvoir agir de façon créative.

Le ping-pong est donc un moyen efficace d'entrer en relation avec les autres, mais aussi de retrouver cette unité psychique et physique, nécessaire à la création. Cette médiation pour l'expression, la relation, l'action et la création, est donc bien un outil possible et utilisable dans la malette de l'ergothérapeute. De plus, elle permet de considérer l'individu dans sa globalité, dans son unité, alors que trop souvent encore, le patient n'est pris en charge par rapport à sa pathologie mentale, que par l'expression verbale ou par l'intermédiaire de l'objet en ergothérapie notamment, délaissant alors le mode d'expression corporelle. Enfin, la relation psychothérapique avec ces patients, si elle ne se passe que par la parole, semble effectivement prématurée, c'est pourquoi, il est utile d'utiliser un autre mode d'entrée en relation et d'expression, comme le ping-pong.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- BOUET M., *Signification du sport*, Paris, L'Harmattan, coll. « Espaces et temps du sport », 1995, 670 p.
- BROUSSE M.H., LABRIDY F., TERRISSE A. et SAURET M.J., *Sport, psychanalyse et science*, Paris, P.U.F., 1997, 185 p.
- DEFIOLLES-PELTIER V., *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Gaétan Morin Ed., coll. « Des pensées et des actes en santé mentale », 2000, 203 p.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1984, 523 p.
- LEMPERIERE Th., FELINE A., GUTMANN A., ADES J. et PILATE C., *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, coll. Abrégés, 1996, 414 p.
- PIERQUIN L., ANDRE J.M. et FARCY P., *Ergothérapie*, Paris, Masson, coll. Abrégés, 1980, pp. 170-183.
- SEVE C., *Tennis de table*, Paris, Ed. Revue EPS, 1999, 127 p.
- SCHILDER P., *L'image du corps*, Paris, Gallimard, trad. française 1968, 352 p.
- WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Mayenne, Gallimard, trad. Française 1993, 212 p.

ARTICLES

- BELLET S., « Les activités physiques et sportives en psychiatrie, un tremplin à la réadaptation ? », *Soins psychiatrie*, 218, Paris, Masson, 2002, ISSN 0241-6972, pp. 40-42.
- KELEMEN E.B., « Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens », *Journal d'ergothérapie*, 18, Paris, Masson, sept. 1996, pp. 101-108.
- MORESTIN F., « Corps ambigu », *Ergothérapies*, 3, Vielleveigne, Techni Média Services, sept. 2001, pp. 5-14.
- PIBAROT I., « Dynamique de l'ergothérapie », *Journal d'ergothérapie*, 26, Paris, Masson, 1978.
- PIBAROT I., « L'activité, outil thérapeutique », *Journal d'ergothérapie*, Paris, Masson, 1982, 4, pp. 28-29.

AUTRES

- Dictionnaire Hachette Résident 99, Hachette Multimédia, © Hachette livre 1998.
- Cours dispensés à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

I Etude de cas 2

I.1 Présentation de JC 2

I.2 Histoire de sa maladie 3

I.3 Histoire de JC 4

I.3.1 Enfance 4

I.3.2 Relations amicales et affectives 5

I.3.3 Relations familiales 5

I.4 Diagnostic psychiatrique 7

I.5 Etablissement de la relation en ergothérapie 8

I.5.1 Début de la prise en charge 8

I.5.2 Analyse du cadre et de la relation 9

II L'activité ping-pong en tant qu'ergon thérapeutique 10

II.1 Début du jeu thérapeutique 10

II.1.1 Les premiers échanges 10

II.1.2 Etablissement du cadre propre au ping-pong 11

II.2 Notions par rapport au sport et au corps 13

II.2.1 Enjeux d'une activité à médiation sportive 13

II.2.2 Relation au corps 13

II.3 Le « JE » qui se joue au ping-pong 15

II.3.1 Approche technique de l'activité 15

II.3.2 Approche symbolique du ping-pong 15

III Evolution de JC 18

III.1 Evolution relationnelle 18

III.2 Essai d'évolution du cadre de prise en charge 18

III.3 Répercussion dans l'atelier 19

III.4 Projet de vie pour JC 20

III.5 Remise en question par rapport à la prise en charge 21

CONCLUSION 22

BIBLIOGRAPHIE 23

ANNEXES

glossaire

ANNEXES

Annexe I : Rappels théoriques sur la schizophrénie.

Annexe II : Enjeux de l'activité à médiation sportive.

Annexe III : Représentation du corps.

Annexe IV : Rapport du corps à l'autre.

Annexe V : Approche technique du ping-pong

IV ANNEXE I : RAPPEL THEORIQUE SUR LA SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie est un état pathologique de l'ordre de la psychose chronique. Elle est caractérisée par le syndrome dissociatif, évoluant sur une période prolongée (depuis au moins 6 mois) et marquant une altération des capacités de la personne.

La dissociation ou discordance, est un processus interne qui désigne la rupture de l'unité psychique. Elle est responsable de la désorganisation de l'ensemble des activités mentales du sujet et de leur réalisation, du fait de l'atteinte des différents secteurs intellectuel, affectif et psycho-moteur. La personne apparaît donc bizarre, impénétrable, étrange et détachée du réel. A cette dissociation peut donc s'associer de nombreux autres symptômes, comme la dépersonnalisation, les délires, souvent paranoïdes, le repli autistique, des troubles dysthymiques... C'est donc pourquoi on parle plus volontiers d'un groupe de schizophrénie. Celui-ci contient donc :

- la schizophrénie hébéphrénique : syndrome dissociatif pur et massif, avec une discordance affective et intellectuelle, entraînant un déficit global qui est marqué par le retrait autistique et l'absence de délire exprimé ;
- la schizophrénie paranoïde : syndrome dissociatif associé à des idées délirantes riches de type paranoïdes (polymorphe et non systématisé) ;
- la schizophrénie héboïdophrénique : syndrome dissociatif associé à des troubles du comportement de type psychopathique (violence, intolérance à la frustration...) ;
- la schizophrénie pseudo-névrotique : syndrome dissociatif associé à une symptomatologie névrotique (obsession, hystérie et phobie) ;
- la schizophrénie dysthymique : syndrome dissociatif avec délire exprimé ou non, associé à des troubles de l'humeur (manie et dépression).

Dans le cas de cette étude, c'est donc la schizophrénie dysthymique qui nous intéresse plus particulièrement, sous la forme de dépression atypique. Elle est définie par un état dysphorique où les ruminations pénibles de dépréciation et d'incurabilité vont de pair avec le sentiment de transformation catastrophique de la pensée et du vécu (thème de culpabilité sexuelle, de damnation et de négation). Mais il faut aussi s'intéresser à la dépression post-psychotique, dans laquelle, alors que les troubles aigus (hallucination, délire) ont régressé, les sentiments dépressifs tiennent à la dévalorisation par rapport à une image idéalisée de soi ainsi qu'au vide affectif lié au désinvestissement des objets de la réalité.

V ANNEXE II : ENJEUX DE L'ACTIVITE A MEDIATION SPORTIVE

Depuis de nombreuses années, l'activité physique et sportive, notamment dans le milieu du handicap et de la psychiatrie, est devenue plus qu'un simple loisir occupationnel ou sport de compétition. Grâce à la pratique, beaucoup ont cherché quels étaient les intérêts thérapeutiques de celle-ci sur les individus et notamment sur les patients en psychiatrie : Paul SILVADON qualifiait le sport de « *rééducation corporelle des fonctions mentales* »³⁴.

On peut donc mettre en évidence les principaux objectifs du sport, qui sont donc d'amener la personne à prendre du plaisir dans l'activité (fonction hédonique), de favoriser la resocialisation et l'échange, et enfin de permettre une revalorisation de cette personne. Bref, par l'intermédiaire du sport, on cherche à amener la personne à un mieux être, physique et psychique, et ainsi à devenir (expression de ses désirs et projection dans le futur).

En effet, par le jeu, la dépense physique ou la relation à l'autre, on cherche à faire prendre du plaisir à la personne, en éveillant ses sens, en lui faisant reconnaître et sentir son propre corps, dans sa continuité, son individualité et ses limites, afin de pouvoir mieux l'utiliser. Le sport permet aussi de libérer les tensions internes (stress ou angoisses refoulées), l'agressivité accumulée ou simplement de l'énergie physique : *le bien-être, l'euphorie ressentie après l'effort ont les caractères d'une détente profonde, d'une résolution des tensions énergétiques du corps* selon BOUET³⁵. Par ce médiateur, on cherche aussi à lutter contre l'apragmatisme, à amener la personne à se prendre en charge, à s'organiser, à prendre des initiatives, afin de *permettre au sujet de sortir de son impuissance, [...] pour s'affronter à sa limite singulière qui n'est pas celle de son organisme, mais [...] de son rapport au symbolique*³⁶.

Cette activité a aussi pour objectif de guider le patient vers la relation à l'autre, aux thérapeutes et aux autres patients, à prendre une place dans un groupe et à exprimer son ressenti, son opinion avec des mots (verbalisation). Par cet aspect socialisant, la personne peut s'identifier à d'autres personnes insérées dans la société. En effet, cette société *accueille, d'une part, dans le sport, un plaisir non anarchique, une alliance du plaisir et de la discipline [sécurisante] ; et, d'autre part, un foyer de joie de vivre, de chair épanouie, facteur de*

³⁴ S. BELLET, « Les activités physiques et sportives en psychiatrie, un tremplin à la réadaptation ? », *Soins Psychiatrie*, 218, 2002, ISSN 0241-6972, p.40.

³⁵ M. BOUET, *Signification du sport*, Paris, L'Harmattan, coll. « Espaces et Temps du Sport », 1995, p. 467.

³⁶ M-H. BROUSSE, F. LABRIDY, A. TERRISSE et M-J. SAURET, *Sport, psychanalyse et science*, Paris, PUF, 1997, p. 39.

*facilitation pour l'humeur sociale*³⁷. Bref, c'est donc un moyen d'aller vers une « normalisation » et la possibilité de pratiquer à l'extérieur ou dans un milieu plus protégé.

Toute fois, malgré ces objectifs généraux faisant fonction de valeurs du sport (fair-play, maîtrise et dépassement de soi, socialisation, délasserment et divertissement, progrès, hygiène et santé...), celui-ci présente un risque qui se remarque par les excès. En effet, *même pratiqué dans une optique de loisir et de santé, c'est à dire en fonction du principe de plaisir, l'activité sportive porte la marque du dépassement de la limite [...]. Le sport de ce point de vue, s'apparente à la pulsion dans son mode de satisfaction autonome*³⁸, séparé du besoin naturel et du principe de plaisir. Selon WINNICOTT, *les pulsions constituent la plus grande menace pour le jeu et pour le moi*³⁹. Afin d'éviter ce risque de passage à l'acte pulsionnel, il est donc nécessaire que l'encadrant définisse un cadre limitant la personne, mettant ainsi en place des règles permettant de replacer le jeu dans le domaine du plaisir et moins de la compétition.

³⁷ M. BOUET, *op. cit.*, p. 471.

³⁸ M-H. BROUSSE, F. LABRIDY, A. TERRISSE et M-J. SAURET, *op. cit.*, p. 36.

³⁹ D.W. WINNICOTT, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Mayenne, Gallimard, trad. Française de 1975, p.73.

VI ANNEXE III : REPRESENTATION DU CORPS

La représentation du corps que l'on se fait est réalisée progressivement et continuellement depuis l'enfance, par les sensations éprouvées, que se soit sur le plan des perceptions sensorielles (rapport à l'espace et aux objets), que sur le plan libidinal et affectif (rapport aux objets d'amour et aux relations à autrui). Cette représentation permet en effet, *de ne pas enfermer le sujet dans une unique représentation d'un corps-objet, « le corps que j'ai », en nous offrant la possibilité de nous retrouver dans un corps étroitement lié à notre vécu psychique, « le corps que je suis »*⁴⁰. On différencie alors le terme de schéma corporel, lié à l'organisme *échappant alors à l'imaginaire et au symbolique* [pour se situer] *dans le registre du réel*⁴¹, du terme d'image corporelle, liée au corps. Ce « moi-corporel », considéré par FREUD comme *étant une projection du Moi sur une surface qu'est le corps*⁴², permet la réalisation et la satisfaction des projections les plus affectives. En effet, *l'intégrité de notre propre corps est l'une de nos préoccupations essentielles*⁴³ et résulte de l'investissement d'une certaine quantité de libido, appelée *libido narcissique*⁴⁴. *Dans la dépersonnalisation, l'individu cesse de s'intéresser au monde extérieur, et du même coup à son corps*⁴⁵ [...], n'osant plus y placer sa libido.

Le corps est donc bien l'objet du sujet (la personne), *le support de projections inconscientes et variées*⁴⁶. Il s'adresse en même temps à soi et à l'autre, permettant l'expression et la relation au monde extérieur, du dedans au dehors.

⁴⁰ F. MORESTIN, « Corps Ambigu », *Journal d'Ergothérapie*, 3, sept. 2001, p.7.

⁴¹ M-H. BROUSSE, F. LABRIDY, A. TERRISSE et M-J. SAURET, *op. cit.*, p. 29.

⁴² V. DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Gaétan Morin, coll. « Des pensées et des actes en santé mentale », 2000, p. 164.

⁴³ P. SCHILDER, *L'image du corps*, Paris, Gallimard, trad. Française 1968, p. 139.

⁴⁴ *Loc. cit.*

⁴⁵ *Loc. cit.*

⁴⁶ F. MORESTIN, *op. cit.*, p.5.

VII ANNEXE IV : RAPPORT DU CORPS A L'AUTRE

Selon SCHILDER, notre corps est en étroite relation avec celui d'autrui et pour le percevoir correctement, il faut d'abord pouvoir percevoir le sien. Or dans la psychiatrie, la plupart du temps, les patients ne peuvent percevoir correctement leur corps, morcelé et dissocié dans les cas de psychose, et sont donc souvent incapables de verbalisation. Alors, par compensation, *le corps est mobilisé pour imaginer les signes. C'est ce qui se passe quand le corps prend fonction d'expression*⁴⁷. La manière dont le sujet s'exprime avec son corps, c'est à dire par la communication non-verbale (majoritairement inconsciente), peut donc traduire son état psychique, son vécu émotionnel et surtout, son bien-être ou son mal-être dans les relations avec les choses ou avec autrui. En effet, *tout changement dans l'expression, qu'il ait pour origine des changements vaso-moteurs ou des changements d'attitude, devient aussi immédiatement un changement dans les relations sociales*⁴⁸.

On peut donc dire que ce corps, qui se *donne à voir, qui médiatise et agit la relation à l'autre*⁴⁹, se nourrit de celle-ci et du regard de, et sur l'autre. Revenant ainsi à la notion de corps-objet, cette représentation du « corps membrane » selon Didier ANZIEU, est celle, en un même instant, *qui nous met en contact de l'autre et qui nous en sépare. Cette image est fondamentale dans la constitution du sentiment de « Soi »*⁵⁰ et dans le processus d'individualisation (séparation de la mère grâce à la prise de conscience de cette enveloppe corporelle propre).

⁴⁷ P. SCHILDER, *op. cit.*, p. 29.

⁴⁸ P. SCHILDER, *op. cit.*, p. 253.

⁴⁹ F. MORESTIN, *op. cit.*, p. 7.

⁵⁰ *Loc. cit.*

VIII ANNEXE V : APPROCHE TECHNIQUE DU PING-PONG

- Le pôle stratégique : le but est d'amener l'adversaire à la faute grâce à la connaissance et à la prise en compte de différents facteurs par le joueur, soit ses armes techniques privilégiées, ses faiblesses techniques, les faiblesses techniques de son adversaire, les forces de celui-ci, le score et son évolution, et enfin son état de fatigue. Il dispose alors de quatre possibilités de jeu pour arriver à ses fins : jouer fort, placé, vite ou encore avec effet.
- Le pôle technique : le joueur peut adopter des comportements différents face à son adversaire. Il a le choix entre prendre des initiatives afin de rompre la régularité de l'échange (sorte d'opposition agressive) ; de maintenir celui-ci pour attendre une bonne opportunité ou même une faute de son adversaire (par imitation ou soumission ambivalente) ; et attaquer dès le service, qui peut être aménagé, rapide et placé ou encore à effet.
- Le pôle émotionnel : celui-ci est moins facilement contrôlable par le joueur et justement plus visible par l'adversaire et les spectateurs. Il marque un déséquilibre entre les dépenses énergétiques et les dépenses attentionnelles, se traduisant par de nombreuses fautes et un énervement du joueur qui perd ses moyens. Le ping-pong est un sport qui met en évidence le caractère propre des différents joueurs : incisif, gagnant ou perdant, entreprenant ou retiré, calme ou agité...

IX RESUME

A travers une prise en charge en ergothérapie, je cherche à développer les objectifs de l'activité à médiation sportive, le ping-pong, et ses répercussions sur le patient et notre relation. Après avoir présenté ce patient, je montre la réaction de celui-ci après la première séance, avec le cadre de prise en charge. Pour mieux comprendre comment une telle activité peut influencer la relation et l'attitude de ce patient, j'ai recherché les valeurs du sport en général et les liens entre le corps, le sport et le psychisme. Le ping-pong permet en effet, par l'exploration de nouvelles sensations, de retrouver une image corporelle unifiée et ainsi l'individualisation de la personne. C'est avec cette sensation d'exister que la personne peut ainsi entrer en relation et agir, notamment de façon créative. Enfin, après avoir analysé la symbolique du ping-pong et du cadre, j'illustre ces propos avec l'évolution de la prise en charge.

X MOTS CLES

Ping-pong, Relation, Corps, Activité et Création